



Blue Shield of California Medicare Advantage պլանի գրանցումից դուրս գալու ձև

Եթե դուք պլանից դուրս գալու հայց եք ներկայացնում, ապա պետք է շարունակեք ստանալ բոլոր բժշկական օգնությունները Blue Shield Medicare Advantage պլանի շրջանակներում՝ մինչև պլանից դուրս գալու վերաբերյալ որոշման ուժի մեջ մտնելու օրը: Կապ հաստատեք մեզ հետ՝ նախքան Blue Shield Medicare Advantage պլանի ցանցից դուրս բժշկական օգնություն ստանալը՝ ճշտելու համար արդյոք դուրս եք եկել պլանից: Մենք ձեզ կտեղեկացնենք որոշման ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ ձեր կողմից այս ձևը ստանալուց հետո:

Անդամի համարը՝

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանվան սկզբնատառը՝
Ծննդյան ամսաթիվ (UU/OO/SSSS)՝		Սեռ՝ ☐ Ար. ☐ Իգ.

Տան հեռախոսահամար՝

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ և լրացնել հետևյալ տեղեկությունները՝ մինչև դուրս գրման այս ձևը ստորագրելը և ամսաթիվը նշելը.

Եթե ես գրանցվեմ Medicare Advantage-ի այլ պլանում կամ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի այլ պլանում, ես հասկանում եմ, որ Medicare-ը կչեղարկի Blue Shield Medicare Advantage-ի իմ ընթացիկ անդամակցությունը՝ այս նոր պլանում գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից: Ես հասկանում եմ, որ այս պահին հնարավոր է՝ չկարողանամ գրանցվել այլ պլանում: Ես նաև հասկանում եմ, որ եթե ես հրաժարվեմ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրությունից և հետագայում ցանկանամ ստանալ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրություն, ապա գուցե ստիպված լինեմ ավելի բարձր ապահովագրավճար վճարել այդ ապահովագրության համար:

Ձեր ստորագրությունը՝	Այսօրվա ամսաթիվը (UU/OO/SSSS)՝
-----------------------------	---------------------------------------

*Կամ այն անձի ստորագրությունը, ով լիազորված է գործել ձեր անունից այն նահանգի օրենսդրության համաձայն, որտեղ դուք բնակվում եք: Եթե դիմումը ստորագրված է լիազոր ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նկարագրված է վերևում), դա նշանակում է, որ

- 1) Այդ անձը լիազորված է նահանգային օրենսդրության համաձայն՝ լրացնելու գրանցումից դուրս գալու այս ձևը, և
- 2) Այս լիազորված անձի փաստաթղթերը հասանելի են Blue Shield Medicare Advantage պլանի կամ Medicare-ի կողմից պահանջի դեպքում:

Եթե դուք լիազորված ներկայացուցիչ եք, ապա պետք է տրամադրեք հետևյալ տեղեկությունները.

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանվան սկզբնատառը՝
Փողոցի հասցե՝		
Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
Հեռախոսահամար՝		
Գրանցվողի հետ կապը՝		

Սովորաբար, դուք կարող եք հրաժարվել Medicare Advantage պլանից միայն ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ն ընկած ժամանակահատվածում կամ Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակահատվածում՝ հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Կարող են լինել բացառություններ, որոնք թույլ կտան ձեզ դուրս գալ Medicare Advantage պլանից այս ժամանակահատվածից դուրս:

Ուշադիր կարդացեք հետևյալ հայտարարությունները և նշեք վանդակը, եթե հայտարարությունը վերաբերում է ձեզ: Նշելով ստորև վանդակներից որևէ մեկը՝ դուք հաստատում եք, որ որքան ձեզ հայտնի է՝ դուք իրավունք ունեք պլանից հրաժարվելու Ընտրական ժամանակահատվածում:

- ☐ Վերջերս ինձ մոտ փոփոխություն է տեղի ունեցել Medicaid պլանի հետ կապված (նորից եմ գրանցվել Medicaid-ում, փոխել եմ Medicaid-ի օգնության մակարդակը կամ կորցրել եմ Medicaid պլանից օգուվելու հնարավորությունը) (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):
- ☐ Վերջերս ինձ մոտ փոփոխություն է տեղի ունեցել Extra Help (Լրացուցիչ օգնություն) ծրագրի հետ կապված, որն օգնում է վճարել Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրության համար (նորից եմ գրանցվել Extra Help ծրագրում, փոխել եմ Extra Help ծրագրի մակարդակը կամ կորցրել եմ Extra Help ծրագրից օգուվելու հնարավորությունը) (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):
- ☐ Ես պատրաստվում եմ տեղափոխվել, ապրում եմ կամ վերջերս եմ տեղափոխվել Երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն (օրինակ՝ ծերանոց կամ այլ երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն): Ես տեղափոխվել եմ/պատրաստվում եմ տեղափոխվել հաստատություն/դուրս եմ եկել այնտեղից (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):
- ☐ Ես միանում եմ Program of All-Inclusive Care for the Elderly ծրագրին (PACE, Ծերերի համապարփակ խնամքի ծրագիր) (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):
- ☐ Ես միանում եմ գործատուի կամ արհմիության ապահովագրական ծածկույթին (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):
- ☐ Ես գրանցվել եմ պլանում Medicare-ի (կամ իմ նահանգի) կողմից և ես ուզում եմ այլ պլան ընտրել: Ինձ գրանցել են այդ պլանում (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը ձեզ չի վերաբերում կամ դուք վստահ չեք, կապ հաստատեք Blue Shield of California Medicare Advantage պլանի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հետ **(800) 776-4466 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով՝ պարզելու համար արդյոք իրավունք ունեք գրանցումից դուրս գալ: Dual Special Needs Plan-ում (D-SNP, Երկու պլաններից օգուվելու իրավունակ հատուկ կարիքներ ունեցող անձանց համար նախատեսված պլան) գրանցված անդամներին խնդրում ենք կապ հաստատել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)**: Մենք բաց ենք առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով, շաբաթը յոթ օր:

Ձեր լրացված և ստորագրված ձևը էլփոստով, փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝
Էլփոստ՝ WHMembership@blueshieldca.com

Փոստով՝ Blue Shield of California
P.O. Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

Ֆաքսով՝ (877) 251-3660